



Je soussigné(e) .....  
déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations complémentaires pour exigence particulière du patient appliqués au sein de l'établissement pour mon séjour prévu le .....  
à ma charge et/ou celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessous.

	PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES	
	Chambre CLASSIQUE (forfait hôtellerie) 18 €	Chambre PARTICULIERE 35 €
Chambre particulière	✗	✓
Télévision	à disposition dans le salon	✓
Wi-fi	à disposition dans le salon	✓
Collation*	Gourmande	Gourmande
Journal local	à disposition dans le salon	à disposition dans le salon
Tarif par jour d'hospitalisation - Votre choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✓ inclus ✗ indisponible ○ en option

\*Collation gourmande :

- 2 sandwiches, 1 madeleine, 1 boisson chaude et un jus de fruit
- 1 salade de fruit et un yaourt
- 1 sac en papier pour emporter ce que vous n'avez pas consommé

## PARTICIPATIONS LIÉES A VOTRE HOSPITALISATION

Je déclare être informé (e) :

- Du paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 18, 00 € par séjour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- Du paiement des prestations complémentaires et options choisies ci-dessus.
- Du paiement du forfait hôtellerie.

Je m'engage à régler la totalité des frais sus-mentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à ..... , le .....

Signature

En qualité  de patient

autre : à préciser .....